

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

747

ANNEE 1967

POUR LE

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Annie MORIN née PASQUIER

le 8 septembre 1938 à Montluçon (Allier)

Licenciée es Lettres

Diplômée de l'Institut de Psychologie

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L'EMPLOI DU DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE
POUR L'ETUDE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE
ET DE SON EVOLUTION

Président : Monsieur P. PICHOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Annie MORIN née PASQUIER

le 8 septembre 1938 à Montluçon (Allier)

Licenciée es Lettres

Diplômée de l'Institut de Psychologie

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L'EMPLOI DU DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE
POUR L'ETUDE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE
ET DE SON EVOLUTION

Président : Monsieur P. PICHOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41549028_0033

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales.	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
{ Baudelocque	MERGER (R.)
{ Saint-Antoine	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BREGEAT (P.)
— — — (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BROUET (G.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	SÈZE (S. de)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	JUDET (R.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)
— — — (Necker)	LAPLANE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Lariboisière)	RAMBERT (P.)
— — — (Pitié)	WOLFROMM (R.)
— — — (Rothschild)	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{ ANDRÉ (R.)
	{ BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (M.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	{ KREIS (B.)
	{ MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

qui m'ont permis d'effectuer les
études que je souhaitais. Que
ce travail soit le témoignage de ma
reconnaissance.

A mon Mari,

A mes Beaux-Parents,

A toute ma Famille,

A mes Amis.

A notre Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Pierre PICHOT,

qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse dont il nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence. Ses
conseils et ses encouragements, tout
au long de ce travail nous furent
précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde gratitude.¹

A Monsieur le Professeur J. DELAY

qui nous réserva le meilleur accueil
dans son service.

Qu'il trouve le témoignage de notre
respectueuse admiration.

A Madame le Docteur PIRET

Qu'elle trouve ici l'expression de notre
reconnaissance pour la gentillesse
qu'elle nous a témoignée.

A Monsieur le Docteur Jean DALSACE

qui fut toujours présent dans les
moments difficiles de nos études.

A mon Oncle le Docteur Pierre VELLAY

dont l'affectueux soutien ne nous
a jamais fait défaut.

Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de nos sincères
remerciements.

A Monsieur le Docteur E. MINKOWSKI

A Mme Z. HELMAN

Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre reconnaissance pour l'ensei-
gnement riche et chaleureux dont
ils nous ont fait bénéficier dans le
cadre du "Groupe d'étude de
Rorschach Françoise Minkowska".

A ma tante, Madame S. DODIN

qui par son affection et sa gentillesse
durant mes années d'étude a su m'ai-
der à surmonter mieux les difficultés
de la vie et dont les conseils clair-
voyants me seront toujours utiles.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur BARUK

Madame le Docteur CHILAUD

Monsieur le Professeur DEPARIS

Monsieur le Docteur DESHAIES

Madame le Docteur FAVEZ-BOUTONNIER

Monsieur le Professeur GARCIN

Madame le Docteur LEMPERIERE

Madame le Professeur MOZZICONACCI

Monsieur PERSE

En témoignage de notre respectueuse
gratitude.

INTRODUCTION

La psychopathologie de la dépression a été longtemps négligée ; bien peu de travaux et de publications étaient consacrés aux états dépressifs comparativement en particulier à la schizophrénie. Depuis une dizaine d'années un intérêt nouveau se manifeste dans ce domaine. Trois raisons essentielles :

1 - Tout d'abord, l'augmentation importante de la fréquence de telles manifestations (même en tenant compte de l'accroissement de la population et de l'allongement du temps de vie). P. KIELHOZ a effectué le recensement des patients traités à la clinique psychiatrique universitaire de BALE (de 1945 à 1957) et mis ainsi en évidence la forte augmentation du nombre des hospitalisations nécessitées par des dépressions.

2 - Les difficultés diagnostiques et les risques qu'entraînent leur méconnaissance. Masquées par des plaintes somatiques diverses (asthénie, céphalées, algies variées, troubles digestifs). Le médecin généraliste pourra répéter ses examens à la recherche d'une cause physique introuvable et concluant à un surmenage, ordonner quelques fortifiants ou le repos à la campagne. Il n'est pas exceptionnel qu'une tentative de suicide vienne éclairer le diagnostic.

3 - Les possibilités thérapeutiques .

P. DENIKER a récemment écrit "actuellement, grâce à la combinaison judicieuse du traitement classique et de la chimiothérapie moderne, il n'est pratiquement plus de dépression thymique qui résiste à la thérapeutique".

Dépression est un terme banal que l'on attribue facilement à celui ou à celle qui est momentanément fatigué, préoccupé, soucieux.

P. PICHOT s'est attaché à définir clairement ce qu'est un syndrome dépressif. En effet, en médecine, le sens du mot dépression change selon qu'il est employé :

- sur le plan physiologique (la dépression étant alors définie opérationnellement comme la réduction d'une fonction);
- sur le plan du comportement, il s'agit alors d'une réduction de la spontanéité), ou
- sur le plan psychopathologique qui est celui qui nous intéresse ici.

La dépression est un syndrome, c'est à dire une association préférentielle de symptômes.

Trois sont fondamentaux :

1 - Une modification de l'activité motrice :

Le plus souvent dans le sens d'une réduction. Cette inertie dans laquelle demeure le déprimé, cette asthénie extrême qu'entraîne fréquemment toute dépense musculaire, EY la rattache à un effondrement de la volonté. Au contraire, on constate dans certains cas, l'existence d'une agitation ; aboulie et inertie , sont remplacées "par la stérilité tragique de l'action".

2 - Un ralentissement des processus intellectuels et une diminution des pulsions instinctuelles, symptôme fréquemment désigné par le terme d'inhibition psychique et regroupé avec le précédent sous le nom d'inhibition psychomotrice. Cette inhibition précise EY a le sens "d'une réduction globale des forces qui orientent le champ de la conscience". Toute question de jugement ou de raisonnement devient très pénible et sera exécutée avec une extrême lenteur dont le malade est conscient trouvant là un sujet de plaintes supplémentaires. Attention, mémoire, esprit d'initiative, sont diminués, mais ce déficit des instruments de la pensée est uniquement fonctionnel (à l'inverse du dément). Replié sur lui même, son intérêt se limitant à ses seuls problèmes, le déprimé n'est pourtant nullement désorienté et ses fonctions de vigilance sont intactes (à l'inverse du confus).

3 - Un dérèglement de l'humeur :

ce terme étant pris au sens défini par J. DELAY "cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable au désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur". Cette perturbation de l'humeur consiste toujours en une modification pénible. Elle est toujours présente et sans elle on ne peut pas retenir le diagnostic de dépression. Cette humeur triste pathologique s'exprime de façon légèrement différente selon les malades et l'on parlera de douleur morale avec tout son cortège de sentiments de culpabilité, d'indignité, d'auto-accusation, ou encore d'hyperthymie douloureuse. Tout est ressenti douloureusement dans la vie du déprimé. Tout est emprunt de pessimisme. EY voit là "une orientation générale de la conscience, son mouvement vers le mal et le malheur". Le déprimé n'envisage que catastrophes et échecs pour lui-même et ceux qui l'entourent, ce qui le conduit également à perdre tout goût de vivre et souhaiter la mort.

A cette "triade fondamentale" s'ajoutent des manifestations somatiques variées. Quant à l'anxiété, plus importante dans les formes présentant une agitation son intensité est indépendante de la gravité du syndrome dépressif. Présente dans le tableau clinique de la plupart des névroses et des psychoses, elle n'est nullement caractéristique de la dépression où elle n'est pas obligatoirement présente.

Ce tableau symptomatique très rapidement esquissé, comment tenter de progresser dans la compréhension du déprimé ?

SEGLAS écrivait en 1892 (préface des troubles du langage chez les aliénés) "Il n'est possible d'entrer en communication avec le malade que par un seul procédé qui est le langage sous ses différents modes et chez lui comme chez l'homme sain, ce sera toujours par l'intermédiaire du langage que se traduiront au dehors les modifications de la pensée et des différentes émotions".

Or, note EY dans son étude sur la Mélancolie, "un des symptômes le plus difficile à étudier, condition nécessaire d'ailleurs de toutes les autres analyses du "fond mental" du mélancolique, c'est le langage", il poursuit, "soit dans sa phonétique, soit dans son "tempo", son articulation, ses pauses, sa syntaxe, son style, le langage est freiné par l'inhibition. Celle-ci peut en bloquer toute expression c'est le mutisme, le plus souvent c'est le semi-mutisme".

C'est pourquoi dans cette étude vaste et difficile nous sommes nous limités aux aspects sémantiques du langage et nous sommes nous aidés de la technique du différenciateur sémantique d'OSGOOD.

Après avoir exposé dans un premier chapitre en quoi consiste cette technique (historique, base théorique, revues de travaux précédemment effectués), nous rapporterons le travail expérimental portant sur l'étude

de la signification de 10 concepts (TRAVAIL, AVENIR, ENFANT, MEDECIN, MOI, AMITIE, MORT, SECURITE, MALADIE, AMOUR) pour un groupe de dix sujets déprimés ~~vues~~ avant et après le traitement.

oOo

Ier CHAPITRE

I -LE DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE

Il s'agit d'une méthode d'analyse quantitative de la signification d'un mot, mise au point par OSGOOD.

A - HISTORIQUE

Les travaux concernant la signification et plus particulièrement le problème de la mesure de la signification se sont effectués dans plusieurs directions. OSGOOD classe les différentes méthodes de "measurement of meaning" en :

- méthodes de l'apprentissage
- méthodes physiologiques
- méthodes perceptives
- méthodes de l'association (libre)
- méthodes scalaires (ou scaling methods).

Et c'est dans ce dernier groupe que se situe le différenciateur sémantique. OSGOOD, toutefois n'est pas le premier psychologue à avoir abordé ainsi l'étude de la signification. Il nous faut rappeler auparavant la recherche de MOSIER (1941).

Pour MOSIER, la signification dépend de trois sources différentes :

1 - le contexte du mot (c)

2 - l'individu. MOSIER symbolise par la lettre i la part de la signification variant d'un individu à l'autre.

3 - Dans tout mot, il y a une part de signification inhérente au mot, constante d'un individu à l'autre, d'un contexte à l'autre et symbolisé par x .

D'où l'équation de la signification de MOSIER :

$$M = x + i + c$$

MOSIER eut l'idée originale d'une mesure scalaire de la signification, au moyen d'une technique d'association verbale forcée. Il utilisa le premier en effet, une procédure expérimentale nouvelle, la méthode des échelles. Construisant une échelle bipolaire à 7 cases.

favorableness  défavorableness

Il demanda à des sujets de placer une série d'adjectifs entre ces 2 pôles, en notant la case qui leur paraissait adéquate. Il releva pour chaque mot, la fréquence des classements sur l'échelle et étudia la forme de la distribution des réponses. Pour la plupart des mots, il obtint des distributions gaussiennes : il en conclut que la signification de ces mots était homogène avec quelques variations inter-individuelles ; les variations inter-contextes étaient ici très faibles. Lorsque les mots appartiennent à des familles de contextes différents, on obtient des distributions plurimodales. Par exemple, pour l'expression "complètement indifférent", deux modes de réponses :

. tout près du pôle défavorable, groupement des réponses des sujets ayant envisagé l'expression proposée dans le contexte d'une personne complètement indifférente ;

. dans la case centrale, ont répondu les sujets qui ont pensé à un - objet - indifférent, donc quelque chose de neutre.

B - EN QUOI CONSISTE LE DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE D'OSGOOD

Quelques années plus tard, vers 1952, OSGOOD reprend le problème. Il utilise la procédure de MOSIER mais introduit un grand nombre d'échelles (lourd - léger, actif - passif, optimiste - pessimiste, chaud - froid,...) au total 50 échelles. Cherchant à regrouper ensemble les échelles ayant un facteur psychologique commun, il effectue l'analyse factorielle de ces échelles (par la méthode centroïde de THURSTONE) procédure mathématique qui lui permet, à partir des regroupements d'échelles, de dégager les différentes dimensions de la signification. Toutes ces dimensions ne sont pas d'égale importance ; trois sont fondamentales : la Valeur, facteur dominant, la Puissance et l'Activité, moins importants et sensiblement égaux.

A chacune de ses dimensions, correspondent des couples d'adjectifs particulièrement représentatifs. Ainsi :

- pour Valeur : bon - mauvais , propre - sale, beau - laid, positif - négatif.

- pour Puissance : dur - mou, lourd - léger, fort - faible ;

- pour Activité : actif- passif, rapide - lent, chaud - froid.

En son principe, la méthode du différenciateur sémantique consiste à associer un mot à ces couples d'adjectifs opposés. Chaque antonyme d'une paire sera déterminé par l'un des trois adverbes de quantité et l'on prévoiera, en outre, une négation conjointe des deux antonymes. Ainsi le sujet doit choisir une réponse entre une alternative de sept réponses associatives "forcées" disposées sur une échelle intuitivement métrique et notées de (+ 3) à (- 3) ; par exemple : (+ 3) extrêmement bon , (+ 2) très bon, (+ 1) assez bon,

(0) ni bon ni mauvais, (-1) assez mauvais, (-2) très mauvais, (-3) extrêmement mauvais.

En joignant les réponses d'un sujet obtenues à un ensemble d'échelles convenablement choisies pour un mot stimulus, on obtient en quelque sorte, le profil de la signification de ce mot pour ce sujet.

On pourra comparer les profils de différents mots, en faire une analyse qualitative et également quantitative, en calculant un score $D = \sqrt{\sum d^2}$ où d est la différence entre les deux notes afférentes à deux stimuli sur une même échelle, la sommation s'étendant à l'ensemble des échelles utilisées. Moins D est élevé et plus sont jugés identiques les deux stimuli quant à leur signification.

On pourra comparer ainsi deux concepts entre eux, ou encore la signification qu'un même concept revêt pour deux individus ou deux groupes de sujets. On peut également étudier les variations de la signification d'un concept dans le temps (par exemple, avant et après intervention psychologique, ou thérapeutique, ceci est du reste l'objet de notre expérimentation)

D'autre part, le fait que trois dimensions essentielles de signification ont été mis en évidence, a permis à OSGOOD, en reportant la valeur de ces trois dimensions sur trois axes orthogonaux (dont l'origine correspond à la case centrale neutre) de définir l'espace sémantique "Le point situé dans cet espace et correspondant à la définition opérationnelle de la signification a deux propriétés essentielles - direction depuis l'origine et distance de cette origine. Nous pouvons, poursuit OSGOOD, identifier ces propriétés, respectivement la qualité et l'intensité de la signification. La direction correspond au choix effectué entre les 2 antonymes et la distance dépend de la position plus ou moins extrême pointée sur l'échelle".

Ainsi chaque mot stimulus S est caractérisé par un point dans un espace à trois dimensions. En pratique, on utilise plus d'une paire d'adjectifs dans chaque dimension et on fait la moyenne. En faisant passer le même différenciateur à un même individu pour plusieurs concepts, on peut établir une carte de l'espace sémantique en définissant la position qu'il assigne aux différents termes dans l'espace en question.

C - BASE THEORIQUE DU DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE.

1 - La théorie dite de "la médiation sémantique" (OSGOOD 1953, MOWRER 1960, LE NY 1960).

Cette théorie est issue de la notion de pure "stimulus act" introduite par HULL (1930) qui a lui-même subi l'influence de PAVLOV.

OSGOOD critique la théorie de la substitution, selon laquelle le symbole est un substitut de l'objet. Les signes n'évoquent presque jamais les mêmes réponses que les objets ; ainsi le mot "marteau" ne constitue-t-il pas le même stimulus que l'objet lui-même. La théorie d'OSGOOD suppose en effet que les objets envisagés comme stimuli, évoquent un ensemble de réponses dont certaines impliquent, pour leur réalisation, la présence de l'objet stimulus original et d'autres non.

Mais surtout, la théorie d'OSGOOD constitue une critique des théories classiques de l'apprentissage, dérivées du behaviourisme (WATSON, THORNDIKE, SKINNER, conditionnement et drives).

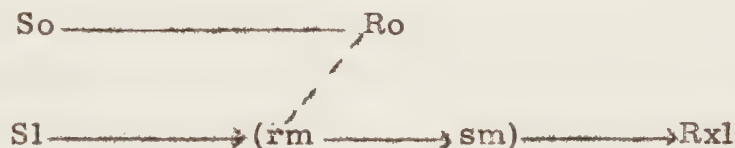
Au schéma S - R classique (BLOOMFIELD), est substitué un schéma plus complexe $S \longrightarrow rm \longrightarrow sm \longrightarrow R$.

A l'aide d'un exemple simple, suivons la marche du raisonnement d'OSGOOD :

a - Soit un stimulus original non verbal S_o déclenchant une réaction "ouverte" R_o (une araignée que je vois provoque ma fuite effective). Soit un stimulus verbal S_l (le mot araignée). Il a accompagné si souvent le stimulus original S_o qu'il agit maintenant comme stimulus conditionnel. Mais ce stimulus S_l peut ne déclencher qu'un fragment de la réaction ouverte initiale, une "simple disposition à fuir". OSGOOD appelle cette disposition "un processus signe" (sign process) ou une "réaction représentative médiatrice" et la symbolise par l'expression " $rm \rightarrow sm$ " (l'indice m symbolisant meaning). Il entend par là :

1 - qu'il s'agit d'une partie "détachable" réduite ou latente rm de la réponse totale initiale R_o , réponse dont elle est en quelque sorte représentative ;

2 - qu'elle provoque à son tour une "auto-stimulation" sm , c'est à dire qu'elle est capable de déclencher médiatement une nouvelle réponse ouverte inédite R_{x1} de nature verbale (par exemple le mot effrayant ou horreur). On a le schéma suivant :



Ainsi est introduite une coupure dans la chaîne $S-R$, qui du point de vue qui nous intéresse pourrait être susceptible de rendre compte d'une autonomie relative entre le discours et l'environnement du discours.

Au déterminisme élémentaire impliquée par le schéma $S-R$ est substitué un déterminisme psychologique complexe. Ces éléments rm et sm sont rattachés à la notion de conscience. En fait il y a un effort pour traduire que quelque chose se passe au niveau du système nerveux.

b - D'autre part, dans le schéma $S \longrightarrow (rm \longrightarrow sm) \longrightarrow R$ il y a deux coupures possibles : l'une entre S et rm, l'autre entre sm et R.

La première hypothèse implicite est que le lien entre sm et R est du même type que celui envisagé dans le modèle classique entre S et R. En d'autre terme, sm (donc rm) détermine implicitement R. Par contre, la liaison entre S et rm est un conditionnement, de sorte que par l'intermédiaire d'une même $(rm \longrightarrow sm)$ on peut avoir plusieurs liaisons S - R.

Reprenons notre exemple :

Soit un autre stimulus verbal S2 ("Sud") juxtaposé à S1 dans un énoncé entendu et répété par le parleur ("il y a beaucoup d'araignées dans le sud"). La "réaction représentative médiatrice" $rm \longrightarrow sm$, précédemment décrite, conditionnée au premier degré à S1 devient du fait de la juxtaposition de S1 et de S2, conditionnée au second degré à S2, qu'elle soit donc déclenchée par S1 ou par S2, cette même réaction représentative médiatrice pourra évoquer médiatement la même réponse verbale ouverte Rx1.

Il s'ensuit, que d'une part, les Rx1 constituent des indices permettant de déterminer les $(rm \longrightarrow sm)$. C'est la liaison $(rm \longrightarrow sm) \longrightarrow Rx$ qui est un invariant mais non la liaison S - R. D'autre part, la réponse associative commune Rx1 témoigne d'une similitude partielle de la signification entre S1 et S2, bien que ces deux mots ("araignée" et "sud") désignent des objets totalement différents, autrement dit, aient des référents dissemblables.

OSGOOD résumé sa théorie de la signification dans cette phrase "Un ensemble structuré de stimulations qui n'est pas un signifié est un signe de ce signifié s'il évoque dans l'organisme un processus médiateur, ce processus :

a - étant une fraction du comportement total provoqué par le signifié et

b - donnant lieu à des réponses qui ne se produiraient pas sans une contiguité extérieure des ensembles de stimuli qui constituent le signifié et le non signifié"

(OSGOOD, 1957)

Donc pour OSGOOD, ce processus médiateur est au coeur du "meaning". La signification d'un mot, pour lui, réside dans la réaction représentative médiatrice que ce mot évoque chez le parleur. En fait, dans le processus de l'apprentissage, il n'y a pas une seule réaction ($rm \rightarrow sm$) associée avec un signe S mais un ensemble de ($rm \rightarrow sm$) ainsi que nous l'avons vu.

Le problème est celui de la détermination des ($rm \rightarrow sm$). C'est cet ensemble qui varie d'un individu à l'autre et le caractérise, attitude pratique ou affective (disposition à agir ou état émotionnel) que met en lumière le différenciateur sémantique. C'est cet aspect partiel, de la signification - OSGOOD le précise bien - qui est couramment appelé signification connotative d'un mot.

A cette fin, on ne peut pas se fier à l'association libre. On doit donc prédéterminer les Rxn susceptibles de connoter ou coder l'ensemble des ($rm \rightarrow sm$) et de les caractériser pour chaque individu.

L'hypothèse est que l'ensemble des ($rm \rightarrow sm$) est formé de n réactions bipolaires. Lorsqu'on présente un mot stimulus (S) au sujet, on suppose qu'un certain nombre de ces réactions bipolaires est mesuré : avec une intensité variable sur les échelles du différenciateur sémantique, convenablement choisies.

2 - A l'appui de la théorie de la médiation sémantique, nous rapporterons deux types d'expériences :

a - Un premier type concerne l'étude de la généralisation sémantique dont la médiation sémantique permet de rendre compte. STAATS et STAATS (1959) présentent visuellement à leurs sujets, sous prétexte d'une expérience de mémoire, 6 mots dépourvus de sens. Après chaque présentation l'expérimentateur prononce à voix haute des mots à contenu laudatif, péjoratif, ou neutre. Un mot dépourvu de sens est ainsi couplé successivement avec 20 mots laudatifs, un autre avec 20 mots péjoratifs, les 4 autres avec des mots neutres. On demande au sujet de se répéter ces mots après chaque présentation "pour mieux les retenir". Après l'expérience, on demande d'évaluer les mots sans signification sur les échelles du différenciateur sémantique d'OSGOOD. Les mots apparaissent alors avoir acquis la valeur des mots associés : laudative ou péjorative.

b - Un deuxième type d'expériences concerne la satiation sémantique. La signification d'un mot peut être influencée par la répétition de celui-ci ; le mot est alors partiellement vidé de sa signification.

Les expériences des psychologues canadiens LAMBERT et JAKOBOVITS (1960) montrent qu'un mot répété pendant 15 secondes n'est plus noté de la même façon sur le différenciateur sémantique. Ainsi le mot "père", placé initialement dans la zone très favorable, sur une échelle bon-mauvais, est placé, après expérience, dans la zone neutre.

c - Enfin, un prolongement important à la théorie de la médiation a été donné par un article de MOWRER (1960) selon lequel, dans le langage, il n'y a pas transport ou transfert de signification de personne à personne mais de signe à signe. La signification étant liée à l'évocation d'une réponse partielle quand le stimulus-signe est présenté, et à l'inverse, pouvant aussi évoquer la production comme réponse de ce signe qui devient stimulus pour autrui, MOWRER en déduit que dans la communication, il n'y a pas transport de signification mais évocation de réponses par stimulation réciproque.

D - REVUES DE QUELQUES TRAVAUX EFFECTUES A L'AIDE DU DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE, EN PSYCHIATRIE.

Instrument d'emploi très facile, et que le chercheur adapte à l'objet même de sa recherche, il était normal que le différenciateur sémantique trouva des applications dans des domaines variés et nombreux : le point de départ d'OSGOOD fut la mesure des synesthésies ; bientôt le différenciateur fut utilisé en psychologie générale, en psycholinguistique, en esthétique, en psychologie sociale, en psychologie de la publicité, en psychopathologie en psychiatrie.

Nous nous limiterons à rapporter quelques travaux effectués dans ces deux derniers domaines.

1 - Conception de Soi et Identification :

Les psychiatres attachent une grande signification aux types d'identification, que les enfants manifestent vis à vis de leurs parents. LAZOWICK (1955), qui définit l'identification comme la part de significations communes entre parent et enfant, employa le différenciateur sémantique pour mesurer l'identification entre les étudiants de collège et leurs parents. Il obtient 2 groupes d'étudiants, différents par leur niveau d'anxiété, en prenant les 10 % supérieur et les 10 % inférieur de 418 étudiants soumis à l'échelle manifeste d'anxiété de Taylor. L'index d'identification était la distance sémantique entre les profils des 10 concepts suivants : Moi, Père, Mère, Famille, Mari Epouse, Homme, Femme, Agréable, Désagréable. Deux types d'identification étaient définies : l'identification directe (mesurée par le degré de similitude entre les profils des mêmes concepts proposés au sujet et à ses parents), identification inférée (mesurée par le degré de similitude entre les profils du concept Moi et des concepts Mère et Père).

En ce qui concerne l'identification directe, les enfants ayant un bas niveau d'anxiété s'identifient plus étroitement avec le parent de même sexe que les enfants ayant un haut niveau d'anxiété. Les garçons présentent une identification directe plus grande, non seulement avec leur père mais aussi avec leur mère par rapport aux filles, quoique de façon non significative.

La mesure de l'identification inférée montre des résultats identiques : pour les sujets de bas niveaux d'anxiété, L'identification inférée est pour les garçons effectivement plus grande entre Moi et Père qu'entre Moi et Mère mais il n'y a pas de différence nette à cet égard chez les filles.

Les mesures de l'identification faites par LAZOWICK sont intéressantes et utiles. Une réserve peut être faite toutefois, quant à l'assimilation des sujets de haut niveau d'anxiété à des "névrosés" et des sujets de bas niveau d'anxiété à des sujets "normaux".

2 - Effets de la lobotomie :

Seul un bref rapport est valable sur l'emploi du différenciateur sémantique à ce problème (SEMANS 1957). Dix concepts étaient cotés sur 15 échelles du différenciateur par 15 sujets gravement atteints, avant et après lobotomie. Sept des patients choisis pour la lobotomie, dont la famille refusa l'autorisation de l'intervention, servirent de groupe contrôle. Les résultats (le type d'analyse n'est pas spécifié) montrèrent un changement significativement plus grand dans les cotations lorsque l'intervention avait eu lieu entre les 2 passations que lorsqu'une seconde cotation était faite en dehors de toute opération. Le temps passé à remplir le différenciateur était très considérablement réduit après l'opération. SEMANS trouva ainsi qu'une exécution typique sur le différenciateur peut être en rapport avec les effets pathologiques de la lobotomie, effets qui ne sont pas directement

apparents cliniquement. Il est fâcheux que pas plus de données sur la technique et les résultats ne soient fournies.

3 - Application à l'étude des obsessionnels et des psychopathes :

MARKS in "Patterns of Meaning in psychiatric patients" (1965) a étudié comparativement les résultats à 11 échelles du différenciateur sémantique, de 3 groupes de sujets : 20 obsessionnels, 20 psychopathes et 30 sujets accidentés, hospitalisés dans un service d'orthopédie, sans autre antécédent accidentel ou psychiatrique, et qui servirent de groupe contrôle. Il observa que les jugements de valeur étaient les plus stables et que les malades mentaux utilisaient davantage les positions extrêmes sur les échelles .

Il étudia la signification de deux sortes de concepts :

- des concepts "personnels", au nombre de 3, Moi, Mon Père, Ma Mère. Ces concepts étaient les plus finement discriminateurs entre les trois groupes. Les obsessionnels avaient une conception d'eux-même perturbée, les psychopathes avaient à la fois le concept Moi et les concepts parentaux perturbés. MARKS mit l'accent sur le lien entre ses résultats et ses observations cliniques.
- des concepts "émotionnels" , au nombre de 15 et regroupés selon les zones explorées. L'étude de ces concepts mit en évidence des signes d'une crainte légèrement accrue des concepts de colère-hostilité chez les psychopathes et des concepts d'anxiété à la fois chez les psychopathes et chez les obsessionnels. Les femmes ayant des troubles psychiatriques avaient un dégoût pour l'acte sexuel, et les psychopathes elles, manifestaient un dégoût pour tous les concepts d'affection. Ces résultats confirmaient les constatations cliniques selon lesquelles les psychopathes en institutions psychiatri-

ques ont culpabilité ou conscience. Les constatations cliniques qui n'ont pas été confirmées, étaient celles que les obsessionnels utilisent leurs symptômes pour se défendre contre l'agression et que les psychopathes n'ont pas de conscience. Le groupe contrôle, seul avait atteint une maturité, sexuelle érotique. Les 2 groupes psychiatriques montrèrent des liens plus étroits hostilité et anxiété que le groupe contrôle.

4 - Psychothérapie et rêve

MOWRER (1953) étudia la modification de la signification de 8 concepts (Moi, Mère, Père, Bébé, Femme, Dieu, Pêché, Tromperie) chez deux sujets : un homme et une femme atteints d'agoraphobie. Tous deux étaient en psychothérapie et passèrent le différenciateur au début, sensiblement au milieu, et peu après la fin de la psychothérapie. Cet intéressant travail est rapporté par OSGOOD (1957, p. 246).

MOSS (1953-1961) étudia psychothérapie et symbolisme du rêve en employant la technique du différenciateur sémantique avec hypnose chez deux patients en cours de traitement. Chez l'un, la cure fut une réussite, chez l'autre, elle fut interrompue en cours sans amélioration. Les mesures du différenciateur, portant sur 10 concepts cliniquement importants furent effectuées à différents moments de la psychothérapie ; des concepts spécifiques, en rapport avec la substance des rêves furent également étudiés. En outre, on fit remplir le différenciateur au patient en transe hypnotique. Les distances D étaient employées. L'hypothèse que la distance sémantique entre le profil "éveillé" et sous hypnose devrait être plus petite à la fin d'une psychothérapie réussie qu'au début, fut confirmée. Dans le cas de l'échec de la psychothérapie, les distances sémantiques étaient plus grandes à la fin qu'au début. La plus grande réduction de distance entre les cotations chez le sujet éveillé ou sous hypnose eut lieu pour des concepts jugés cliniquement comme représentant des zones conflictuelles. La variation la plus grande était sur les échelles de valeur.

MOSS étudia aussi le symbolisme du rêve chez ces deux patients. Le contenu latent était obtenu en entraînant le sujet à interpréter son propre rêve sous hypnose, les patients "associaient librement" sur leurs rêves d'abord à l'état de veille puis sous hypnose. Immédiatement après qu'ils émergeaient de la transe hypnotique, ils notaient les symboles qu'ils avaient employés dans leurs rêves. Les significations ordinaires des symboles, tels qu'ils sont employés dans la vie journalière, étaient trouvées plusieurs semaines plus tard, en les intercalant dans un matériel conceptuel ordinaire que les patients devaient coter.

Il fut admis que les cotations à l'état de veille et sous hypnose étaient équivalentes respectivement aux significations conscientes et inconscientes.

Dans 19 cas sur 21 où les symboles rêvés émanaient d'une zone conflictuelle, le sens du symbole rêvé était sémantiquement plus près de celui donné sous hypnose à la chose symbolisée (donc à la signification inconsciente). Toutefois, dans la cure réussie, bien qu'il était très évident que le patient avait une anxiété plus grande pendant la première moitié du traitement que durant la seconde, les distances sémantiques entre les symboles rêvés cotés sous hypnose et plusieurs semaines plus tard, n'étaient pas significativement différentes entre les deux moitiés de la psychothérapie.

Mais la principale difficulté, concernant ce travail est que l'on ne peut être certain que la formation des symboles est identique dans le rêve et dans l'hypnose. Physiologiquement, les deux états diffèrent. Néanmoins l'approche de Moss est originale et mérite d'être poursuivie.

IIe CHAPITRE

I - MATERIEL D'ETUDE ET METHODOLOGIE

=====

a - Le différenciateur sémantique

Pour chaque dimension, nous avons utilisé 3 échelles, la représentant de façon plus ou moins pure, selon les données d'OSGOOD. Soit 9 échelles en tout. Pour la valeur :

important - sans importance

bon - mauvais

gentil - cruel

pour la puissance :

fort - faible

lourd - léger

dur - mou

pour l'activité :

actif - inactif

rapide - lent

en mouvement - immobile.

Nous avons préparé des feuilles de réponses dans lesquelles furent mélangés au hasard ces 9 couples d'adjectifs qui sont présentés de manière à constituer des échelles à 7 intervalles. En haut de chaque feuille, figure un des 10 concepts à juger (Travail - Avenir - Enfant - Maladie - Moi - Médecin - Amitié - Mort - Sécurité - Amour). L'ordre des échelles reste identique pour tous les concepts. L'ordre de présentation des concepts fut le même pour tous les sujets et aux deux passations .

b - Le groupe de sujets

Il s'agit de 10 sujets de sexe féminin de 17 à 53 ans hospitalisées pour un état dépressif. Furent exclues de l'échantillon, les dépressions organiques et les dépressions faisant partie d'une évolution psychotique évidente.

Les malades avaient toutes un niveau de scolarisation au minimum de l'ordre du C.E.P.

L'épreuve du différenciateur sémantique fut passée une première fois avant tout traitement (celles qui étaient sous chimiothérapie cessaient de prendre tout médicament en début d'hospitalisation). Toutes reçurent la même association Laroxyl-Librium *, ou Laroxyl seul. Tous les sujets repassèrent l'épreuve lors de leur quatrième semaine de traitement.

c - Conduite de l'expérience - consigne :

L'épreuve a toujours été passée individuellement. Lors de la première passation, le sujet a été prévenu de sa tâche par une consigne de ce genre "Nous voulons étudier la signification que vous donnez à un certain nombre de mots. Dans ce but, nous vous demandons de les associer à des couples d'adjectifs qui serviront à les décrire. Par exemple, le mot travail, à situer entre important et sans importance.

Selon votre expérience et ce que vous pensez actuellement du travail vous faites une croix dans une case plus ou moins proche d'important selon que vous considérez le travail comme étant très, assez, ou un peu important et

* Ce travail a été effectué dans le cadre d'une recherche beaucoup plus vaste effectuée à la clinique des Maladies Mentales de l'hôpital Ste Anne.

cymétriquement. Une croix au centre signifie que le mot travail vous paraît neutre.

2 - ANALYSE DES RESULTATS

=====

A - Modalités d'utilisation des échelles

1 - Répartition globale des intervalles utilisés avant et après traitement.

Intervalles	+ 3	+ 2	+ 1	0	-1	- 2	-3
Avant trait. T=10x9x10=900	323 (35, 8)	118 (13, 1)	38 (4, 2)	231 (25, 6)	16 (1, 7)	68 (7, 7)	106 (11, 7)
Après trait. T=10x9x10=900	326 (36, 2)	127 (14, 1)	74 (8, 2)	223 (24, 8)	31 (3, 4)	43 (4, 8)	76 (8, 4)

La comparaison des fréquences d'utilisation des différentes cases lors de la première ou de la seconde passation est sans intérêt, dépendant essentiellement des concepts jugés (ici en majorité favorables).

Par contre, à l'aide d'un test de Chi deux nous avons comparé la fréquence d'utilisation des divers intervalles d'échelles à la 1ère et à la 2e passation.

La distribution des intervalles extrêmes (+ 3 et - 3), intermédiaires (+ 2 et - 2, + 1 et - 1) et neutres (0) n'est pas significativement différente, entre la 1e et la 2e passation.

L'étude des Chi deux partiels montre toutefois que sans se différencier pour l'utilisation de la case neutre, à la 2e passation, les sujets utilisent un peu moins souvent les intervalles extrêmes au profit des intervalles intermédiaires (Chi deux significatif toutefois qu'à 0.10). Cette variation qui correspond à une certaine tendance à nuancer la réponse est le signe d'une plus fine différenciation sémantique ou peut être de plus d'application lors de la 2e passation.

Aux deux épreuves, le pourcentage de réponses neutres pour l'ensemble des concepts est aux environs de 25 %.

Or nous avons remarqué, que pour le concept Mort, à la première passation, ce pourcentage s'élève à exactement 50 %. On peut supposer que le concept Mort constitue pour nos sujets déprimées un stimulus qui provoque une telle réaction émotionnelle qu'il va y avoir impossibilité de choix positif ou négatif, d'intellectualisation en quelque sorte de la situation et refuge dans l'adoption de cette réponse neutre.

2 - Etude de la stabilité et de la variation des réponses entre la 1ere et la 2e passation.

W. NORMAN (in stability characteristics of the semantic differential) a étudié en particulier la constance des réponses individuelles de sujets normaux. Il a constaté que 40 % des réponses restent identiques d'une passation à l'autre 35 % varient de l'unité et 25 % varient de 2 ou plus, sur une échelle à 7 points ; "Le déplacement moyen était légèrement plus grand que un intervalle (1,07)".

Nous avons observé sur les 900 réponses obtenues au premier examen, les changements de positions suivants :

Variations	0	1	2 ou >
T = 900	447	154	299
en %	49,6	17,1	33,2
% (NORMAN)	40	35	25

En comparant nos pourcentages avec ceux donnés par NORMAN, nous constatons donc dans notre groupe :

- d'une part qu'un nombre un peu plus élevé de réponses restent identiques : pour presque 50 % des réponses , aucune variation ;
- d'autre part, lorsque les réponses varient, ces variations sont beaucoup plus fréquemment de 2 cases au plus, que de 1 case.

Ces variations seraient donc davantage une révision du premier jugement, un changement d'orientation du choix, (un concept jugé positif va être jugé négatif) qu'une nuance de ce premier choix (un concept coté très positif étant ensuite coté assez positif).

Ces variations correspondent à la modification de la signification des concepts proposés à nos sujets. Elles traduisent ou objectivent en quelque sorte la transformation psychologique qui s'est effectuée dans notre groupe sous l'influence du traitement antidépresseur. C'est sur elles que vont porter maintenant notre effort d'analyse.

B - Etude des profils conceptuels

Les 7 intervalles d'échelle reçoivent les notes +3 à -3 (-3 pour les poles mauvais - cruel - sans importance - mou - faible - léger -inactif, immobile - lent). Pour chaque sujet , le score de dimension d'un concept est la moyenne de ses 3 scores d'échelle pour cette dimension. Pour un concept donné, le score du groupe pour une dimension est la moyenne des scores individuels (ce sont les chiffres présentés dans le tableau suivant).

Les profils conceptuels sont décrits selon leur score de dimensions. Par convention, nous parlerons dans ce qui suit de "très valorisé", "assez valorisé" et un "peu valorisé" quand le score groupal de valeur pour le concept en jeu, se situe entre 3 et 2, 2 et 1, 1 et 0 . De même pour le pole opposé et les autres dimensions. Le terme actif sera appliqué à la dimension activité et non à l'échelle actif inactif.

CONCEPTS	DIMENSION		VALEUR		PUISSANCE		ACTIVITE	
	I	II	I	II	I	II	I	II
TRAVAIL	+1,56	*	+2,16	+ 0,43	+ 0,33	+ 0,06	*	+ 1,23
AVENIR	+ 0,13	*	+ 1,46	+ 0,96	+ 0,90	+ 0,40	*	+ 1,06
ENFANT	+ 1,76		+ 1,96	+ 0,73	+ 0,236	+ 1,76		+ 1,46
MALADIE	- 0,83		- 0,98	+ 1,93	+ 1,90	- 0,46	*	+0,13
MOI	+ 0,13	*	+ 1,30	+ 0,53	+ 0,23	- 1,53	*	+ 0,30
MEDECIN	+ 2,56		+ 2,70	+ 1,10	+ 0,80	+ 1,80		+ 1,93
AMITIE	+ 2,76		+ 2,66	+ 0,56	+ 0,63	+ 1,40		+ 1,50
MORT	- 0,66	*	- 1,06	+ 0,90	+ 1,20	- 0,430	*	- 0,70
SECURITE	+ 2,40	*	+ 2,83	+ 0,63	+ 0,40	+ 0,43	*	+ 1,03
AMOUR	+ 2,33		+ 2,06	+ 0,73	+ 0,60	+ 1,50		+ 1,13

SCORES DE DIMENSIONS DES 10 CONCEPTS, POUR LE GROUPE

I - avant traitement, II - après traitement

1ere passation :

Quatre concepts sont très valorisés : AMITIE, MEDECIN, SECURITE et AMOUR.

AMITIE et AMOUR ont, du reste, des scores très proches dans toutes les dimensions, AMOUR étant toutefois un peu moins valorisé que AMITIE, mais légèrement plus puissant et plus actif.

SECURITE est également très valorisée mais peu puissante et peu active.

MEDECIN concept lui aussi très valorisé est par contre assez actif et assez puissant. Il ne l'est pourtant pas autant que MALADIE, concept ayant le score le plus élevé pour cette dimension (presque plus puissant); moins forte que MEDECIN, elle est en effet plus lourde et plus dure.

D'autre part, MALADIE comme MORT est un peu dévalorisée : bien que cruelle et mauvaise, toutes deux sont importantes, les résultats étant plus groupés pour MALADIE que pour MORT. Toutes deux sont un peu inactives.

AVENIR et MOI ont même valeur, proche de la neutralité. Ils sont peu puissants mais se diffèrent surtout en activité, AVENIR étant peu actif, et MOI assez inactif.

TRAVAIL est assez valorisé, peu puissant, peu actif, très voisin de la neutralité dans cette dimension.

ENFANT est assez actif et assez valorisé, les scores dans ces deux dimensions étant identiques, enfin il est peu puissant.

Ainsi, les concepts les plus dévalorisés sont MORT et MALADIE, tandis que les plus valorisés sont AMITIE et MEDECIN, le plus puissant est MALADIE le moins puissant étant TRAVAIL. En ce qui concerne l'activité, le concept le plus actif est MEDECIN, le moins actif est MOI.

2e passation :

D'après les données d'OSGOOD, on peut retenir une différence entre deux groupes atteignant ou dépassant 0,50 unités (ou même 0,40 unités) entre les scores de même dimension pour un concept donné.

Si nous observons les 30 scores de dimension obtenus pour les dix concepts choisis, nous constatons que onze comportent une différence égale ou supérieure à 0,40 en valeur absolue, entre la première et la deuxième passation (ces différences sont signalées sur le tableau précédent par un astérisque).

Aucune de ces différences ne concerne la puissance ; cinq sont situées entre les scores de valeur et six entre ceux d'activité.

Toutes les variations vont dans le sens d'un accroissement de valeur et d'activité à l'avantage de la deuxième passation sauf pour un concept, mort dont la valeur et l'activité diminuent.

MOI et AVENIR sont les concepts dont les scores de dimension varient le plus. Ils sont beaucoup plus valorisés par les sujets après traitement et augmentent aussi en activité surtout MOI.

TRAVAIL et SECURITE , gagnent également en valeur (mais moins nettement que MOI et AVENIR et en activité, l'accroissement d'activité est très importante pour TRAVAIL , toutefois moins que pour MOI.

Quatre concepts restent sensiblement identiques d'une passation à l'autre : ENFANT, MEDECIN, AMITIE et AMOUR. MALADIE reste aussi dévalorisée mais elle gagne en activité et sa puissance ne varie pas. Nous remarquons que c'est le seul concept pour lequel l'activité varie significativement sans que la valeur suive le même mouvement. Cela nous amène maintenant à



étudier plus particulièrement les relations entre les dimensions et aussi les échelles.

C - Etude des dimensions et des échelles

Cette étude a été faite à l'aide de tests non paramétriques. Nous avons calculé les rhos de Spearman (pour deux dimensions ou deux échelles) ou les W de concordance de KENDALL (pour plus de deux) entre les classements des 10 concepts sur les dimensions (ou échelles) envisagées.

- Le W de KENDALL entre les trois dimensions : valeur, puissance, activité n'est pas significatif, ni à l'une, ni à l'autre des passations.

- Au premier examen, le rho de SPEARMAN calculé entre valeur et activité est très positif (+ 0,84) et il est significatif au seuil de .01. A la deuxième passation, cette corrélation positive demeure, mais elle est un peu moins élevée (+ 0,71). Donc liaison étroite entre valeur et activité dans le domaine conceptuel exploré, liaison retrouvée par G. BLUMEN et A. TATOS-SIAN dans leur étude de la tentative de suicide du sujet jeune (1965) et présente dans les groupes de normaux et dans le groupe des suicidaires.

Aux deux examens, les coefficients rhos entre puissance et valeur sont négatifs, non significatifs.

Par contre, on observe que la corrélation faiblement positive entre activité et puissance chez les déprimées non traitées va s'inverser, devenant assez nettement négative sans toutefois être significative.

- Les trois échelles de valeur ont une corrélation positive , élevée , significative les deux fois à .01.

Les trois échelles d'activité ont également une corrélation positive entre elles, significative à .02 à la première passation, elle l'est plus faiblement à la seconde, à peine .10. Les concepts jugés actifs et en mouvement sont moins souvent rapides (et bons).

Quant aux trois échelles de puissance, le W de concordance n'est pas significatif, cela aux deux examens. Il y a une corrélation négative même (bien que non significative) entre dur et lourd d'une part et fort d'autre part ; fort est en effet très positivement corrélé (+ 0,82) avec les trois échelles de valeur. Le facteur de puissance est donc mal défini ; il ne différencie du reste , que fort peu notre groupe.

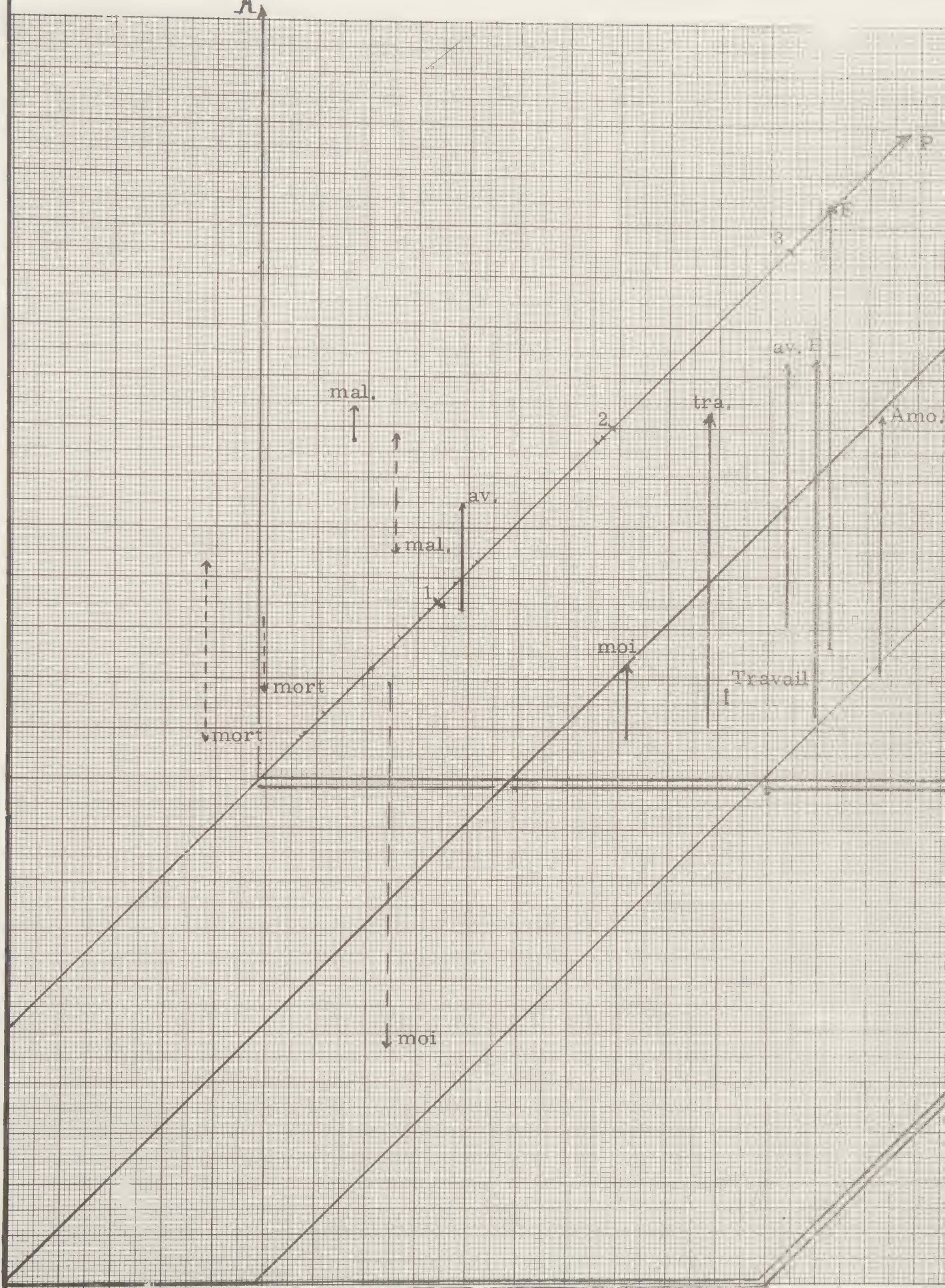
D - Organisation conceptuelle

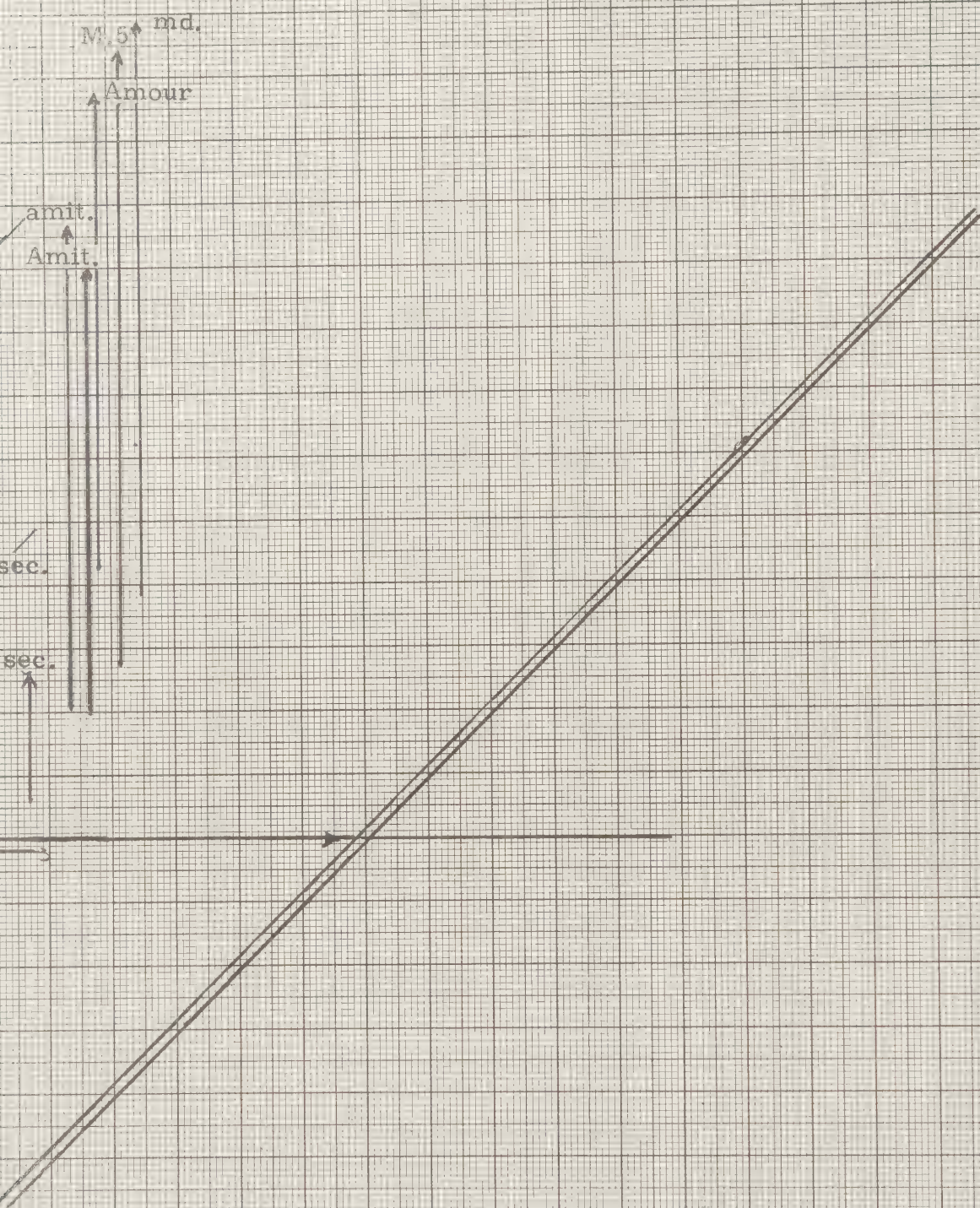
	Travail	Avenir	Enfant	Maladie	Moi	Médec.	Amitié	Mort	Sécur.	Amour
TRAVAIL		1,60	1,73	2,86	2,13	2,12	1,80	2,29	0,93	1,65
AVENIR	0,90		2,14	1,61	1,97	1,84	2,84	1,05	2,29	2,47
ENFANT	0,30	0,77		3,61	3,67	0,87	1,07	3,18	1,47	0,62
MALADIE	3,66	2,77	3,55		1,75	4,16	4,26	1,04	3,57	3,90
MOI	1,27	1,01	1,33	2,84		4,13	3,93	1,50	2,55	3,75
MEDECIN	1,00	1,39	0,97	4,22	2,22		0,70	3,84	1,40	0,50
AMITIE	0,67	1,30	0,74	4,07	1,85	0,44		3,83	1,03	0,46
MORT	3,85	3,18	3,88	1,03	2,73	4,60	4,35		3,15	3,49
SECURIT.	0,69	1,45	0,96	4,17	1,70	0,98	0,53	4,31		1,07
AMOUR	0,30	0,67	0,41	3,43	1,14	1,02	0,70	3,66	0,80	

MATRICES DES 45 DISTANCES INTERCONCEPTS POUR NOTRE GROUPE

1e passation : au dessus de la diagonale,

2e passation : au dessous de la diagonale





Cette étude repose sur l'analyse des matrices des distances interconcepts et l'examen du modèle tridimensionnel.

A la première passation, nous observons très schématiquement deux groupements principaux à l'intérieur du champ sémantique exploré : à droite, dans notre représentation, se situe un groupement conceptuel que nous qualifierons, faut de mieux, "groupement positif". Y figurent trois concepts dont les distances internes sont faibles (0,50 , 0,46 et 0,70) il s'agit de MEDECIN AMITIE et AMOUR-ENFANT, proche surtout du concept AMOUR (0,62) semble pouvoir être annexé à ce groupe.

La position de TRAVAIL et SECURITE est intermédiaire. Leur distance interne sans être très réduite (0,93) est plus petite que leur distance respective à tous les autres concepts. Mais SECURITE n'est pas beaucoup plus éloigné d'amitié (1,03) que de TRAVAIL et le couple SECURITE-TRAVAIL est en quelques sorte une expansion du groupe "positif".

Très loin, à gauche, un groupement que nous baptiserons de "négatif" rassemble les concepts MORT et MALADIE auxquels se joignent, dans cette première passation , 2 autres concepts AVENIR et MOI.

Nous notons que tous deux sont plus près de MORT que de MALADIE, MORT étant du reste à égale distance de maladie et d'avenir (1,05).

A la 2^{ème} passation :

Le groupement "positif" se modifie peu. Toutefois AMOUR s'en détache assez nettement, s'éloignant de MEDECIN et AMITIE (encore plus près l'un de l'autre(0,44).

AMOUR va se rapprocher en effet d'ENFANT, de SECURITE et surtout de TRAVAIL (0,30).

MORT et MALADIE dont la distance interne varie peu, vont s'éloigner encore davantage du groupement dit "positif". AVENIR et MOI vont considérablement s'écarter du groupement "négatif". A la 2e passation, MORT et MALADIE deviennent même les concepts dont ils sont séparés par les plus grandes distances.

AVENIR, pour les sujets après traitement vient prendre une place centrale dans le champ sémantique proche de TRAVAIL (0,9), d'ENFANT (0,77), d'AMOUR (0,67), MOI effectue le même déplacement mais plus réduit.

CONCLUSIONS

Nous avons appliqué le différenciateur sémantique d'OSGOOD à un groupe de dix sujets déprimées de sexe féminin, avant et après traitement.

La version du différenciateur sémantique utilisée comporte neuf échelles (bon, gentil, important, dur, fort, lourd, actif, en mouvement, rapide) et dix concepts (TRAVAIL, AVENIR, ENFANT, MALADIE, MOI, MEDECIN, AMITIE, MORT, SECURITE, AMOUR).

Supposant que les variations constatées entre les résultats des deux passations sont liées essentiellement à la régression de la dépression sous l'effet du traitement nous avons cherché à dégager les modifications qu'entraînait l'existence du syndrome dépressif sur le contenu sémantique du champ conceptuel proposé.

1 - Le style de cotation de notre groupe (défini par la répartition pour l'ensemble des échelles et des concepts des intervalles de +3 à -3, pointés par l'ensemble des membres de ce groupe) ne se modifie pas de façon significative avant et après traitement. Nous ne retrouvons pas la variation du "checking style" noté par HARIU, chercheur japonais, dont le groupe de six sujets déprimés utilisa moins souvent les cases extrêmes des échelles que des sujets normaux.

2 - Dans le domaine conceptuel proposé, la liaison entre Valeur et Activité, liaison observée par OSGOOD lui-même, est plus prononcée encore chez les déprimés que chez les sujets normaux ; l'Activité est très valorisée, et ce qui est actif est également un peu plus souvent jugé puissant par notre groupe avant traitement. Cette valorisation massive de l'Activité par les déprimés pourrait peut être s'expliquer par le fait que pour eux, lenteur, inactivité, immobilité, sont liées à l'expression même de leur maladie et jugées mauvaises et cruelles.

3 - Toutes les variations des scores dimensionnels des concepts présentés vont dans le sens d'un accroissement de Valeur et plus souvent encore d'Activité, de la première à la deuxième passation; cette observation s'accorde avec la notion clinique de levée de l'inhibition et d'un plus grand optimisme des jugements. Un seul concept, MORT subit une perte d'activité et de valeur. Enfin, aucune modification significative pour notre groupe n'est observée en ce qui concerne la Puissance.

4 - Il n'y a pas de réorganisation globale du champ conceptuel après thérapeutique mais un déplacement particulièrement significatif de deux concepts AVENIR et MOI. AVENIR et MOI s'éloignent du couple MORT - MALADIE pour prendre une place beaucoup plus centrale, se rapprochant surtout de TRAVAIL, AMOUR, ENFANT. Cette transformation du champ sémantique serait la traduction du remaniement profond de la vision de l'avenir et de la perception du moi du déprimé.

Le différenciateur sémantique d'OSGOOD nous a semblé ne pouvoir qu'assez modestement contribué à une plus réelle compréhension de la symptomatologie dépressive, ses résultats sont plus souvent suggestifs que démonstratifs et d'interprétation délicate. Par contre, il nous est apparu susceptible

de constituer un moyen de contrôle objectif de l'évolution de la dépression sous l'effet de la thérapeutique et capable d'apporter d'intéressantes informations à ce sujet .

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

P. PICHOT

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

LA DEPRESSION

1 - BARUK H. -

Traité de psychiatrie, t. I et II (Masson, éd. 1959).

2 - DELAY J. -

Les dérèglements de l'humeur.
PUF. Paris 2e éd. 1961

3 - DELAY J. et DENIKER P. -

Les méthodes chimiothérapiques en psychiatrie
Masson. Paris 1961.

4 - DENIKER P. -

La psychopharmacologie
PUF 1966

5 - EY H. -

Les psychoses maniaco-dépressives.
Etudes psychiatriques, tome III, p. 481-508,
1954. Desclée de Brower

6 - EY H. -

Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et
des crises de dépression névrotique
(évolution psychiatrique 1955, fasc. 3, p. 532).

- 7 - EY H. - Manuel de psychiatrie.
Masson 1963.
- 8 - FOLLIN S. - Sémiologie des état dépressifs.
Revue du praticien, 1963, n° 25 p. 2987.
- 9 - HELD R. - Dépressions à expression somatique.
Revue du Praticien, 1963, n° 25, p. 3001.
- 10 - JANET P. - De l'angoisse à l'extase
1926-28, Paris, Alcan
- 11 - KIELHOLZ P. - Clinique, diagnostic différentiel et traitement des états
dépressifs.
Acta Psychosomatica, 1959, n° 1.
- 12 - KOUPERNIK C. - Les dépressions.
Concours médical 1964, n° 19, p. 3.037.
- 13 - LAMBERT P.A. - Les états dépressifs I et 2.
Synthèses cliniques 13 et 14, 1960, Garnier éd.
- 14 - LAURIERS (A. des) Le risque de suicide chez les déprimés.
Revue du Praticien n° 1963 n° 25 p. 3055
- 15 - LEMPERIERE T. - Les dépressions psychogènes.
Revue du praticien 1963, n° 25 p. 3021.
- 16 - MINKOWSKI E. - Le temps vécu
Etudes phénoménologiques et psychopathologiques, 1933.

17 - NACHT S. et RACAMIER P. -

Les états dépressifs.

Etude psychanalytique - Revue française de psychanalyse
1959, n° 5, p. 567-604.

18 - PICHOT P. -

La nosologie des états dépressifs. Bases étiologiques.
Acta Psychosomatica , 1960, n° 2.

19 - SEGLAS J. -

Des troubles du langage chez les aliénés , 1892 , Paris.

20 - SHERRER P. -

Les dépressions.

Concours médical, 1963, n° 50 p. 6832.

21 - SYMPOSIUM SUR LES ETATS DEPRESSIFS

(Rapports de J. ROUART, L. COURCHET, J. MALLET ,
S. LEBOVICI, H. EY et discussion)

Evolution psychiatrique, 1955, juillet-septembre n° 3
(p. 459-585).

LE DIFFERENCIATEUR SEMANTIQUE

1 - BAXTER (J.C.) -

Mediated généralisation as a function of semantic differential
performance, 1962, amr. j. Psychol. 75, p. 66-76.

2 - BOPP J. -

A quantitative semantic analysis of word association in
schizophrenia - unpublished doctor's dissertation, 1955.
University of Illinois (cité par OSGOOD 1957).

3 - BRESSON F. -

Langage et communication

Chapitre 26, tome 8, Traité de psychologie expérimentale
p. 73, 1965.

4 - CARROLL J.B.-

Review of the measurement of meaning .
Langage 1959, 35, p. 58-77.

5 - EISDORFER C. et ALTROCCHI J.-

A comparison of attitudes toward old age and mental illness
1961, J. géront., 16, p. 340, 3.

6 - JODELET F.-

L'association verbale
Traité de psychologie expérimentale tome 8, chap. 27, p. 124

7 - LAZOWICK L.M.-

On the nature of identification.
J. abnorm. Soc. Psychol. 1955, 51, p. 175-83.

8 - LE NY J.F.-

Conditionnement et signification.
Année psychologique tome 60, fasc. 1, 71, 86.

9 - LURIA Z.-

A semantic analysis of a normal and a neurotic therapy
group,
J. abnorm. soc. Psychol. 1959, 58, p. 216, 20.

10 - MARKS IM.-

Patterns of meaning in psychiatric patients maudsley
monographs 1965.

11 - MITSOS S.B.-

Personal constructs and the semantic differential
1961, j. abnorm. soc. psychol. 62, p. 433-4

12 - MOSIER C.I.-

A psychométric study of meaning
J. soc. Psychol. 1941, 13, p. 123-140.

- 13-MOSS C.S. - Experimental paradigms for the hypnotic investigation of dream symbolism
1961, Int. J. Clin. Exp. Hypnos. 9, P. 105-117
- 14 - MOUREN P. - TATOSSIAN A. et BLUMEN G. -
Etude de la représentation du champ socio-familial, chez l'adolescent par le différenciateur sémantique d'Osgood
Annales Méd. Psychol. t. 2, 125e année, n° 1 p. 35-36.
- 15 - MOWRER O.H. -
Psychotherapy : theory and research.
N.Y. 1953, Ronald Press p. 532-35 -(cité par OSGOOD 1957)
- 16- MOWRER O.H. -
Learning theory and the symbolic process 1960
- 17 - NORMAN (W.) -
Stability characteristics of the semantic differential,
1959, Amer. J. Psychol. 72, p. 581-4.
- 18 - OSGOOD C.E. -
The nature and measurement of meaning
Psychol. Bull. 1952, 49, p. 197-237.
- 19 - OSGOOD C.E. -
Method and theory in experimental Psychology.
N.Y. 1953.
- 20 - OSGOOD C.E. - SUCI G.J. et TANNENBAUM P.H. -
The measurement of meaning Urbana 1957
- 21 - OSGOOD C.E. -
Motivational dynamics of language behavior , 1957
in Nebraska symposium in motivation.

22 - QUINE W. Van O. -

Word and object

N.Y. 1960, Technology Press of the M.I.T. and John Wiley.

23 - SEMANS C.B. -

Use of the semantic differential in lobotomized psychotics
1957, J. cons. Psychol. 21, p. 264.

24 - STAATS A.W. et STAATS C.K. -

Meaning of verbal stimuli changed by conditioning
1958, Am. J. Psychol. p. 71, 25

25 - TATOSSIAN A. et BLUMEN G. -

Essai d'application du differentiateur semantique d'Osgood
à la compréhension de la tentative de suicide du sujet jeune
Cah. de Psychol. 1965. 8, n° 24 p. 189-98.

